Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos

José Luis Zambrana-García[1] y Francisco Rivas-Ruiz[2], en nombre del Grupo para el Análisis de la Calidad del Informe de Alta Hospitalaria en los Hospitales de Alta Resolución de Andalucía

[1] Dirección Asistencial, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Montilla (Córdoba), España.

[2] Unidad de Investigación, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella (Málaga), España.

Resumen

Objetivos: Conocer la calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y el consenso para la elaboración de informes de alta hospitalaria en especialidades médicas en 11 hospitales de Andalucía. Material y métodos: Estudio transversal de 1708 informes de alta hospitalaria. Analizamos la presencia o no de los diferentes ítems requeridos tanto por la legislación actual como por las recomendaciones del consenso. Resultados: El 97,4% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 96,5-98,2) de los informes de alta hospitalaria fueron catalogados como adecuados si nos ajustamos a los requisitos que contempla la legislación vigente. Si la evaluación era respecto al consenso, el porcentaje de adecuación descendía al 72,1% (IC95%:70,0- 74,3). Destaca la ausencia de la duración del tratamiento tras el alta en el 39,4% de los informes. Conclusiones: Los informes de alta hospitalaria ofrecen un excelente grado de cumplimentación de los datos exigidos por la normativa vigente, pero deben mejorar en su calidad intrínseca.

Palabras clave: Calidad; informes de alta; hospitales de alta resolución.

Abstract

Objective: To determine the quality of hospital discharge reports (HDRs) taking into account current legislation and the conclusions of the consensus on hospital discharge reports in medical specialities in 11 community hospitals in Andalusia (Spain). Material and methods: A cross-sectional study of 1,708 HDRs was carried out. We determined the presence or absence of the various items required by current legislation and by the recommendations of the abovementioned consensus. Results: A total of 97.4% (95% confidence interval [95% CI]: 96.5-98.2) of the HDRs were classified as satisfactory according to the stipulations of current legislation. However, when the assessment was based on the consensus, the rate of adequacy fell to 72.1% (95% CI: 70.0-74.3). A notable finding was the absence of the duration of treatment after hospital discharge in 39.4% of the HDRs. Conclusions: HDRs show an excellent level of compliance with the data required by current regulations, but their intrinsic quality needs to be improved.

Keywords: Quality; discharge reports; high-resolution hospitals.

Introducción

El contenido básico que debe incluir todo informe de alta hospitalaria en España fue actualizado mediante Real Decreto (RD) en 2010, concretando los elementos tanto imprescindibles como deseables que deben estar presentes en todo informe de alta hospitalaria1.

La aparición de esta nueva legislación coincidió en el tiempo con la publicación de unas recomendaciones para la elaboración de informes de alta hospitalaria en especialidades médicas, en las que más allá de las premisas administrativas se ahondaba en su contenido clínico2.

Los pocos estudios centrados en los informes de alta hospitalaria en nuestro país3–12, y ninguno que utilice los criterios imprescindibles y recomendados por estas dos últimas aportaciones, hace que el objetivo de este trabajo sea conocer la calidad de los informes de alta hospitalaria según la legislación vigente y el consenso para la elaboración de informes de alta hospitalaria en especialidades médicas en 11 hospitales de Andalucía.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal y descriptivo. La población de estudio la han constituido 8022 episodios de ingresos de pacientes atendidos en las unidades de hospitalización polivalente de todos los hospitales de alta resolución del Sistema Sanitario Público de Andalucía durante 2010, excluyendo ingresos obstétricos y pediátricos. Los centros públicos participantes fueron los de Alcaudete y Puente Génave (Jaén), Puente Genil y Peñarroya (Córdoba), Morón, Écija, Constantina y Utrera (Sevilla), El Toyo (Almería), Guadix (Granada) y Benalmádena (Málaga).

En cuanto al tamaño muestral, considerando un 50% de los informes de alta hospitalaria como inadecuados, para un nivel de confianza del 95%, un efecto de diseño del 2% y una precisión del 3%, era necesario auditar 1804 informes de alta hospitalaria. Estos informes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio estratificado por volumen de altas de cada uno de los hospitales participantes.

De cada historia clínica se obtuvo el informe de alta hospitalaria, que revisó un evaluador del grupo utilizando los criterios consensuados que se detallan más abajo. Ningún evaluador analizó los informes de alta hospitalaria procedentes del hospital donde trabajaba y en todo momento se garantizó la confidencialidad de los datos. El estudio fue aprobado previamente por nuestra comisión de ética e investigación.

Las variables analizadas fueron la edad y el sexo del paciente, el tipo de ingreso (urgente/programado), el destino al alta hospitalaria (domicilio, fallecimiento, alta voluntaria o traslado) y la especialidad en que se había producido el ingreso (médica o quirúrgica).

Para evaluar los informes de alta hospitalaria se utilizó en primer lugar el RD 1093/20101, el cual reseña 27 ítems que pueden agruparse en cuatro grandes apartados: 1) datos relativos al documento de informes de alta hospitalaria, 2) datos del hospital, 3) datos de identificación del paciente y 4) datos del proceso asistencial (tabla 1). En cada informe de alta hospitalaria se analizó si dichos ítems estaban presentes o no.

Clasificamos los informes de alta hospitalaria como de calidad adecuada cuando el informe estaba mecanografiado, contaba con el nombre y los apellidos del paciente, y al menos incluyera el 80% de los ítems.

Un segundo análisis estudió la calidad intrínseca del informe de alta hospitalaria valorando siete ítems adaptados del «Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialida des médicas»2, los cuales fueron considerados por nuestro grupo como obligatorios (tabla 2, ítems a a g). Inicialmente se estudiaba si era o no procedente la presencia del ítem, y en caso de serlo se analizaba si estaba presente o no.

Se clasificaron los informes de alta hospitalaria como de calidad adecuada cuando contenían seis de los siete ítems valorados. En caso de que el informe no estuviera mecanografiado o no contase con la filiación del paciente, se consideró inadecuado.

Por último, se evaluaron otros seis ítems del consenso cuya pre sencia fue considerada como de excelencia en el informe de alta hospitalaria (tabla 2, ítems h a m).

Para el análisis estadístico se calcularon la media, la desviación estándar y las frecuencias según correspondiese. También se llevó a cabo un análisis bivariado, tomando como variable principal la adecuación o no del informe de alta hospitalaria según los criterio derivados del RD y, por otro lado, según los considerados obligato rios por el consenso. Para la comparación de subgrupos se utilizó el test de la ji al cuadrado, con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados

De los 1804 informes de alta hospitalaria inicialmente seleccio nados se pudieron recuperar y revisar 1708 (94,7%), tomando esta última cifra como base de estudio. La edad media de los pacientes fue de 66,8 (20,3) años y el 52,9% eran hombres. El 81,5% de los ingresos fueron urgentes y el 78% correspondían a especialidades médicas. Con respecto al destino al alta, el

64,7% fue al domicilio, el 24,9% trasladado a otro centro, el 2,8% fallecido, el 0,7% alta voluntaria y el 6,9% desconocido.

En la tabla 1 se indica en porcentaje la presencia de los diferentes ítems relacionados con la calidad de los informes de alta hospitalaria valorados respecto al RD. El porcentaje de informes adecuados según los criterios antes reseñados fue del 97,4% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 96,5-98,2).

En la tabla 2 se indica en porcentaje la presencia en los informes de alta hospitalaria de los ítems adaptados del consenso que fueron considerados obligatorios y de excelencia. Según esta segunda evaluación, el porcentaje de informes de alta hospitalaria adecuados era del 72,1% (IC95%: 70,0-74,3).

En el análisis bivariado según los criterios del RD se observaron diferencias significativas en el tipo de ingreso (el 95,1% de informes adecuados en ingreso programado frente al 98,3% en ingreso urgente, p = 0,003) y en la especialidad (el 95,6% de informes adecuados en especialidades quirúrgicas y el 98,0% en especialidades médicas, p = 0,017), sin diferencias en cuanto a la edad, el sexo y el destino al alta. Resultados similares se obtuvieron en el análisis bivariado según los criterios del consenso, con diferencias significativas en el tipo de ingreso (el 55,5% de informes adecuados en ingreso programado frente al 74,3% en ingreso urgente, p = 0,001) y en la especialidad médica (el 65% de informes adecuados en especialidades quirúrgicas y el 74% en especialidades médicas, p = 0,001),

Discusión

El informe de alta hospitalaria es un elemento de obligado cumplimiento y primordial trascendencia cuando un paciente ha sido atendido en un servicio médico hospitalario. Por ello, es lógico que su contenido, y por ende su calidad, sean elementos regulados de modo administrativo1,13,14 y objeto de frecuente revisión por parte de los interesados en la calidad asistencial3–12. Cabe recordar aquí que nuestro estudio, al igual que la mayoría de los existentes, equipara «calidad» a la presencia o ausencia en los informes de alta hospitalaria de determinados ítems, sin ahondar si éstos son ciertos o no.

Nuestro estudio ha detectado que el 97,4% de los informes de alta hospitalaria analizados contaban con una calidad adecuada según la normativa vigente. Sin embargo, esta calidad se reduce sensiblemente cuando lo que buscamos es la presencia de elementos específicos en su contenido, fundamentalmente los relacionados con aquellos que se centran en el tratamiento a seguir por parte del paciente y la continuidad asistencial de éste2.

En las publicaciones de autores españoles acerca de la calidad de los informes de alta hospitalaria se han descrito salvedades también detectadas en nuestro estudio. Así, si bien el problema de la falta de datos demográficos y administrativos parece haberse solucionado con la informatización de la historia clínica3, coincidimos en que se mantienen el amplio uso de abreviaturas4, la infranotificación de enfermedades relevantes5, el bajo cumplimiento de los apartados del plan terapéutico y de las recomendaciones de seguimiento6, y problemas asociados a la conciliación del tratamiento7, entre otros8–12.

Los informes de alta hospitalaria con más margen de mejora son los correspondientes a pacientes ingresados por procesos quirúrgicos, hallazgos ya objetivados en estudios previos8,11. Esto puede explicarse, al menos parcialmente, porque las recomendaciones del consenso se centran en especialidades médicas, y en principio podríamos pensar que no son extrapolables por completo a un informe de alta hospitalaria de un ingreso quirúrgico.

Nuestro estudio presenta las limitaciones de que los centros donde hemos realizado el análisis son de tamaño pequeño y con una política centrada en la calidad, lo que podría hacer que los resultados estén sobrestimados frente a los del resto del sistema asistencial. En este sentido, ya habíamos detectado que la calidad del informe de alta hospitalaria es mayor en los hospitales comarcales que en los grandes hospitales universitarios3. Por ello, futuros estudios podrían orientarse a la confirmación o la refutación de nuestros resultados.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Recientemente la legislación sanitaria ha cambiado respecto a los elementos imprescindibles con que debe contar el informe de alta hospitalaria. No hay estudios que analicen la calidad de dichos informes respecto a la nueva legislación ni a las recomendaciones de las principales sociedades médicas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Nuestro estudio muestra que los informes de alta hospitalaria se ajustan en gran medida a la legislación vigente, pero detecta áreas de mejora en cuanto a su calidad intrínseca.

Contribuciones de autoría

J.L. Zambrana García fue director de proyecto y participó en la concepción y el diseño del trabajo, la discusión y la elección de ítems a evaluar de los informes de alta hospitalaria, el análisis y la interpretación de los datos, la redacción y la revisión del manuscrito, y la aprobación de su versión final. F. Rivas Ruiz participó en la concepción y el diseño del trabajo, el análisis y la interpretación de los datos, la redacción y la revisión del manuscrito, y la aprobación de su versión final, participó en la concepción y el diseño del trabajo, el análisis y la interpretación de los datos, la revisión del manuscrito y la aprobación de su versión final. Los demás componentes del Grupo para el Análisis de la Calidad del Informe de Alta Hospitalaria en los Hospitales de Alta Resolución de Andalucía participaron en la discusión y la elección de ítems a evaluar de los informes de alta hospitalaria, la auditoría de informes de alta hospitalaria y su análisis crítico, así como en la revisión del manuscrito y la aprobación de su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo 1.

Componentes del Grupo para el Análisis de la Calidad del Informe de Alta Hospitalaria en los Hospitales de Alta Resolución de Andalucía: José Luis Zambrana-García, Francisco Rivas-Ruiz, María del Carmen de la Cruz-Mesa, Ruth Engelhardt, Gema García-Megido, Diego García-Reyes, José Luis Gómez-Barreno, Juana María Legaz-Domench, Francisco Martos-

Pérez, Inmaculada Millán-González, Purificación Muñoz-Jurado, Isabel Pérez-Posada, Jorge Ramón Núñez-Olea, Rosario Román-Gálvez y Diego Sevilla- Ruiz.

Bibliografía

1. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2010; 78742–67.

2. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. Med Clin (Barc). 2010;134:505–10.
3. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, et al. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. Rev Calid Asist. 2002;17:609–12.

4. Viana Alonso A, Portillo Pérez-Olivares H, Rodríguez Rodríguez A, et al. Calidad de los informes de alta de Castilla-La Mancha en los servicios de medicina interna (valoración de la información clínica). An Med Interna. 1993;10: 280–2.

5. Carral F, Olveira G, Aguilar M, et al. Hospital discharge records under-report the prevalence of diabetes in inpatients. Diabetes Res Clin Pract. 2003;59: 145–51.

6. Sardá N, Vilá R, Mira M, et al. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. Med Clin (Barc). 1993;101:241–4.

7. Hernández Prats C, Mira Carrión A, Arroyo Domingo E, et al. Discrepancias de conciliación en el momento del alta hospitalaria en una unidad médica de corta estancia. Aten Primaria. 2008;40:597–601. 8. Hernández García I, González Celador R. Calidad de los informes de alta en un hospital universitario. Rev Clin Esp. 2011;211:219–21.

9. Flores B, Andrés B, Campillo A, et al. Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general. Rev Calid Asist. 2004;19:443–5. 10. Reyes A, González A, Rojas MF, et al. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. Rev Clin Esp. 2001;201:685–9.

11. Formiga F, Dolcet P, Martínez A, et al. Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de medicina interna en pacientes mayores de 65 años. Rev Clin Esp. 2004;204:308–11.

12. Jiménez Puente A, Lara Blanquer A, Benítez Parejo N, et al. Claridad de las recomendaciones al paciente en el informe de alta hospitalaria. Rev Calid Asist.

2012;27:283-7.

13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora básica de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid: Boletín

Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002; 40126–32. 14. Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. Boletín Oficial del Estado, 14 de septiembre de 1984; 26685–6.

Tablas y figuras

Tabla 1

Tabla 1
Presencia o no en los informes de alta hospitalaria de los ítems imprescindibles según el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjun
mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud

	Presente		Ausente		No procede	
	n	%	n	%	n	%
1) Datos del documento:						
a) Tipo de documento	1.505	88,1	203	11,9		
b) Fecha de ingreso	1.630	95,4	78	4,6		
c) Fecha de alta	1.616	94,6	92	5,4		
d) Nombre facultativo responsable	1.703	99,7	5	0,3		
e) Categoría profesional	1.223	71,6	485	28,4		
f) Unidad/servicio	1.703	99,7	5	0,3		
g) Fecha de firma	1.262	73,9	446	26,1		
2) Datos de la institución emisora:						
a) Denominación del servicio de salud	1.705	99,8	3	0,2		
b) Denominación del centro	1.658	97,1	50	2,9		
c) Dirección del centro	1.704	99,8	4	0,2		
3) Datos relativos al paciente:						
a) Nombre y apellidos	1.705	99,8	3	0,2		
b) Fecha de nacimiento	1.563	91,5	145	8,5		
c) Sexo	1.532	89,7	176	10,3		
d) Número de historia clínica	1.704	99,8	4	0,2		
e) Número de la Seguridad Social	1.646	96,4	62	3,6		
f) Domicilio	1.702	99,6	6	0,4		
g) Teléfono	1.686	98,7	22	1,3		
4) Datos del proceso asistencial:						
a) Motivo de ingreso	1.016	59,5	692	40,5		
b) Antecedentes personales	1.684	98,6	24	1,4		
c) Historia actual	1.678	98,2	30	1,8		
d) Exploración Física	1.648	96,5	60	3,5		
e) Resumen pruebas complementarias[a]	1.605	94,7	90	5,3	13	0,8
f) Evolución y comentarios[a]	1.619	94,8	88	5,2	1	0,1
g) Diagnóstico principal	1.663	97,4	45	2,6		
h) Otros diagnósticos[a]	1.006	65,0	542	35,0	160	9,4
i) Procedimientos[a]	391	87,3	57	12,7	1.260	73,8
j) Tratamiento[a]	1.331	92,8	105	7,2	272	15,9

[a] Porcentaje de respuestas «Sí» y «No», excluyendo casos «No procede».

Tabla 2

Tabla 2
Presencia de los ítems considerados obligatorios (*a* a *g*, ambos incluidos) y de excelencia (*h* a *m*, ambos incluidos) adaptados del «Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas»

	Presente %		Ausente		No procede	
	n	%	n	%	n	%
a) El informe está mecanografiado	1.701	99,6	7	0,4		
b) Quedan explicitados qué ocurre con el tratamiento previo al ingreso[a]	671	67,0	331	33,0	706	41,3
c) Quedas claramente indicados todos los fármacos nuevos prescritos (principio activo y/o comercial)[a]	1.023	84,2	192	15,8	493	28,9
d) Se define con claridad en todos los fármacos que se prescriben la dosis a administrar, siempre que existan varias presentaciones[a]	1.023	84,2	192	15,8	493	28,9
e) Se define con claridad la vía de administración de todos los fármacos[a]	727	61,4	457	38,6	524	30,7
f) Se define con claridad, en el caso de antibióticos, analgésicos, AINE o corticosteroides la duración del tratamiento[a]	634	60,6	413	39,4	661	38,7
g) Se señala cuál es el plan de actuación del paciente una vez dado de alta (seguimiento, próxima revisión, etc.)[a]	1.253	90,5	132	9,5	324	19,0
h) El plan terapéutico está en una hoja específica	21	1,2	1.687	98,8		
i) No existen acrónimos o siglas en el diagnóstico o en el procedimiento [Presente = No existen][a]	425	24,9	1.280	75,1	3	0,2
j) Se reflejan los parámetros básicos de hemograma y los alterados (leucocitos/mm^3, hemoglobina g/l y plaquetas/mm^3)[a]	579	34,4	1.104	65,6	25	1,5
k) Se reflejan parámetros básicos de bioquímica y los alterados (glucosa, creatinina, Na, K)[a]	1254	76,7	380	23,3	74	4,3
l) Se describe el tratamiento completo (tanto el previo como el nuevo)[a]	716	60,2	474	39,8	518	30,3
m) Todos los fármacos prescritos van con su nombre de principio activo[a]	540	52,6	487	47,4	681	39,9

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.
[a] Porcentaje de respuestas «Sí» y «No», excluyendo casos «No procede».